



Der alternde Mensch als Herausforderung Der Arzt als Arznei – eine Utopie?

Von Boris Luban-Plozza (Locarno)

Die zukünftige Entwicklung des Altersaufbaus der Bevölkerung wird wesentliche Einflüsse auf das Zusammenleben in unserer Gesellschaft haben. 1970 zählte man in der Schweiz rund 700 000 Rentner, 1983 nahezu 900 000; im Jahre 2000 wird die Millionengrenze überschritten sein, und bis 2025 wird die Zahl auf rund 1,4 Millionen steigen. Prozentual gesehen, erhöht sich der Anteil der Personen jenseits des «erwerbsfähigen» Alters zwischen 1970 und 2025 von 11,5 auf 20,9, also um mehr als 10 Prozent. Auffallend ist die anteilmässig starke Zunahme der Hochbetagten, das heisst der 80- und über 80jährigen: 1970 waren es 110 000, 2025 werden es über 350 000 Männer und Frauen sein. Welche Strategien sind einzuschlagen, um – angesichts drohender Vereinsamung und Beziehungsnot – die Vita activa mit möglichst vielen neuen Entfaltungschancen in eine Vita contemplativa einmünden zu lassen?

Alter – Last oder Kapital?

Einer Mitteilung vom Juli 1989 von John McIntosh (Universität Indiana) können wir entnehmen, dass in Nordamerika die Anzahl der Suizidfälle bei Personen über 65 Jahre um 25 Prozent zugenommen hat, weit mehr als in den übrigen Altersklassen. Diese Angabe stützt sich auf statistische Daten aus den Jahren 1981 bis 1987.

«Die neuen Alten, eine Generation der Endfünfziger und Sechziger in der sogenannten nachberuflichen Lebensphase, sind im allgemeinen noch erwerbsfähig, aber nicht mehr erwerbstätig. Sie leben als Generation zwischen Lebensmitte und Lebensabend. Sie zählen weder zu den Jungen noch zu den Alten. Sie sind eine lebens- und berufserfahrene Generation, oft voller Aktivitätsdrang, aber ohne rechtes Betätigungsfeld. Können wir es uns als Gesellschaft leisten, ihre Erfahrungen, ihr Können, ihr Wissen brachliegen zu lassen? Es ist die zurzeit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Es liegt auch an uns, an der Gesellschaft, ob diese Tausenden von Menschen zur Altenlast oder zum Altenkapital werden.» So warnte Ursula Lehr, Gesundheitsministerin in der BRD, kürzlich an einer Pro-Senectute-Tagung.

Gewöhnlich werden die Entdeckungen des Genies seiner Leistungsfähigkeit zugeschrieben. Die Geschichte lehrt jedoch, dass das fortgeschrittene Alter nicht daran hindert, unsterbliche Werke zu schaffen. Einige der glänzendsten Schöpfungen haben eine lange Reifezeit und vertieftes Nachdenken erfordert. Es sei an Giuseppe Verdi erinnert, der seinen «Falstaff» mit 80 Jahren vollendete. Oder an Michelangelo Buonarroti, der mit 89 Jahren noch ausdauernd an der «Pietà Rondanini» arbeitete, und an Giovanni Bellini, welcher mit 91 Jahren die «Madonna con Bambino e San Giovanni Battista» malte.

Unter den Schriftstellern sei Leo Tolstoi hervorgehoben, der mit 71 Jahren sein Werk «Die Auferstehung» vollendete; George Sand, die mit 72 Jahren den Roman «La tour de Percemont» schrieb; George Bernard Shaw, der mit 83 Jahren die Komödie «Goldene Zeit des guten Königs Karl» inszenierte.

Mit 72 Jahren begab sich der Mediziner Robert Koch nach Afrika, um die Schlafkrankheit zu studieren; mit 83 Jahren veröffentlichte Sigmund Freud seine Arbeit «Moses und die monotheistische Religion»; Sir John C. Eccles, Nobelpreisträger für Medizin, ist mit 86 Jahren unser Tessiner «Tizian» der Wissenschaft.

Wir könnten auch an Sebastiano Caboto erinnern, welcher, über 80jährig, eine Expedition zur Erforschung von «anderen unbekanntem Religionen» organisierte; oder Chicester, der, über 70jährig, allein das Abenteuer der Überquerung des Atlantiks wagte. Mit 87 Jahren hatte – und dies mit Erfolg – Andrea Doria das Kommando der spanischen Flotte im Korsischen Kriege inne.

Die Liste ist endlos. Genannt seien noch der Architekt Lloyd Wright, der die Hälfte seiner Bauten zwischen seinem 68. und 91. Lebensjahr entwarf, oder Papst Johannes XXIII., der als Übergangspapst im hohen Alter das Zweite Vatikanische Konzil einberief.

Es gab aber auch immer die Alten und Hochbetagten in den Familien und Sippen, die nicht nur Last, sondern auch Stütze waren und die Gruppe zusammenhielten. Wir erwähnen nur die Funktion der «Nonna».

Stand der Altersforschung

Als Ansätze in der Gerontologie der letzten Zeit sind hervorzuheben: eine stärkere Betonung der Individualität der Altersprozesse und damit einhergehend die Forderung nach einer «differenzierten Geriatrie», eine stärkere Einsicht in die soziale und ökologische Bedingtheit der Altersvorgänge und schliesslich die auf diesen Erkenntnissen aufbauende «Interventionsgeriatrie».

Die psychosomatische Forschung enthüllt die Bedeutung von zwischenmenschlichen Bindungen: Isolierung hat besonders im Alter tiefgreifende Auswirkungen auf Herz, Kreislauf und Immunsystem. Es geht um den Risikofaktor Einsamkeit, der mit zunehmender Isolation immer mehr ins Gewicht fällt: die «kränkenden» Trennung macht krank. Heilende und lehrende Berufe können als Sinnvermittlungsinstanzen in dieser Situation Verständnis und Hilfe anbieten. Eine Medizin der menschlichen Beziehung tut not. Belastende Ereignisse wie z. B. Stress – infolge von Überlastung, aber auch infolge von

Unterbeschäftigung – oder Verlust des Lebenspartners wirken sich direkt auf das Immunsystem aus. Dieses ist ein wichtiges Bindeglied zwischen psychosozialen und somatischen Prozessen und gehört zu den ganzheitlichen Regulationsmechanismen für Gesundheit und Krankheit. Die neue PNI-Forschung (Psycho-Neuro-Immunologie) geht diesen Zusammenhängen nach und bestätigt mit neuen, somatisch fassbaren Daten wichtige Einsichten der psychosomatischen Praxis. Die Vorstellung eines zusammenhängenden Systems der «Psychoneuroimmunologie» bietet heute keine Schwierigkeiten mehr. Man müsste dann allerdings das bisher gültige Paradigma aufgeben, das eine lineare, kausal-analytische, reduktionistische naturwissenschaftliche Betrachtungsweise zu einseitig begünstigt. Nerven- und Immunsystem haben einige Gemeinsamkeiten: Sie sind ungeheuer komplex, durchziehen den ganzen Körper, haben ein «Gedächtnis» und sind zuständig für die Abgrenzung des «Selbst» von der übrigen Welt – auf seelischem wie körperlichem Gebiet.

Jede Nervenzelle hat mit bis zu 10 000 anderen Kontakte, aber nicht nur durch die elektrische «Vernetzung», die durch Sir John C. Eccles vertreten wurde, sondern überdies durch Neurotransmitter, die an den Synapsen wirksam werden. Auf sehr diffizile Weise wird ein ursprünglich elektrisches Signal in biochemisch fassbare Speicherstoffe umgesetzt. Dieses Modell des synaptischen Mikromilieus nimmt an, dass hier noch weitere Signale von aussen modulierend eingreifen können, vor allem Hormone. Das Zentralnervensystem ist nicht nur durch seine anatomischen Ausläufer mit der Peripherie verbunden, sondern auch über die Steuerung der neurohormonellen Vorgänge.

Hierzu gehört schliesslich auch die Endorphin-Forschung, die in den frühen siebziger Jahren mit der unerwarteten Entdeckung von Opiatrezeptoren im Gehirn begann. Wenn wir über diese Rezeptoren verfügen, so schlossen die Wissenschaftler, ist es wahrscheinlich, dass der Körper opiat- oder morphinähnliche chemische Substanzen produziert. Und genau die wurden entdeckt: eine Gruppe von Stoffen, genannt «Endorphine» (kurz für «endogene Morphine»), die von den Rezeptoren aufgenommen werden und eine Steigerung des Wohlbefindens bewirken.

Beziehungsorientierte Altersmedizin

Psychosomatische Krankheiten treten in der zweiten Lebenshälfte häufiger auf als in der ersten. Die Gründe hierfür liegen in der Abnahme der physischen bei gleichzeitiger Zunahme der psychischen Belastung, dem Bewegungsmangel, der Fehlernährung bei gleichzeitig verminderter Stressverarbeitungs-fähigkeit. Der Mensch neigt in der zweiten Lebenshälfte dazu, funktionelle Syndrome statt neurotischer Fehlhaltungen zu entwickeln. Psychosomatik des älteren Menschen ist nicht durch ein bestimmtes als psychosomatisch bezeichnetes Krankheitsbild definiert. Vielmehr verstehen wir darunter die vielfältigen Erscheinungsformen des Krankheitsgeschehens angesichts der Krisensituationen, die das Alter mit sich bringt.

Zu den Grundzügen der Situation des alten Menschen gehören: emotionaler Rückzug, basierend auf der Erfahrung mangelnder Zugehörigkeit; Leistungsminderung und ein Aktivitätsdefizit bei zunehmendem Bedeutungsverlust im psychosozialen Umfeld. Daraus folgen Ich-Verunsicherung, Vertrauensschwund, seelische Leere durch verminderte Erlebnisfähigkeit bei gehemmten Denkabläufen mit Nachlassen des Aktualgedächtnisses. Als Folge der reduzierten subjektiven Erlebnisfähigkeit stellen sich Abwehr- und Misstrauensreaktionen mit starken Ängsten ein.

Die psychosomatische Betrachtungsweise von Krankheiten ist keine «Spezialität», sie ist ein Konzept, eine grundlegende Einstellung, ein integratives Prinzip, alle medizinischen Fachgebiete betreffend. Bereits im 19. Jahrhundert betonte Freud, dass sich der Mensch entwickelt, wenn er sich frei ausspricht, seine Gefühle mitteilt und sich selbst erlebt. Warum das so ist, wissen wir nicht. Wir wissen nur, dass sich der Mensch in der Begegnung entfaltet und entwickelt. Das «Gespräch», die Kommunikation, das gefühlsmässige Erleben ist Mittel der Behandlung, besitzt aber auch therapeutische Funktion: Es fordert den ganzen Menschen. Psychosomatik heisst beziehungsorientierte Medizin, im Sinne der Beziehungsdiagnose und Beziehungstherapie, wie wir sie genannt haben. In der Sprache des Leibes wird seelisches Leiden mit den sich abspielenden somatischen Entspre-

chungsvorgängen erkannt, erlebt, angenommen.

Christian Müller weist seit langem darauf hin, dass im Alter «vermehrt abnutzungsbedingte körperliche Krankheiten und Gebrechen zur Verfügung stehen, in welche die psychische Problematik sich einbetten kann». Dadurch würden psychosomatische Störungen im Alter auch ihre Relevanz verlieren, «denn es müsse nicht gewissermassen aus dem Nichts ein neues, typisch somatisches Krankheitsbild geschaffen werden».

Es ist angesichts dieser Problematik eine der vordringlichen ärztlichen und mitmenschlichen Aufgaben, dem alternden Menschen ein positives Lebensgefühl, ein Gefühl der Gleichwertigkeit, emotionalen Zugehörigkeit und individuellen Wichtigkeit als Mitmensch zu vermitteln. Dazu gehört die Bereitschaft, das Altwerden und Altern anzunehmen nach der Devise: «Der Lebensabend beginnt bereits am Nachmittag.» Jedes Fördern fördert alte Patienten, sogar Alzheimer-Kranke. Ohne die Unterstützung anderer ist es jedoch schwer, das eigene Verhalten, ja sogar die Physiologie zu regulieren.

Der Arzt als Dolmetscher

Wir müssen eine Vielzahl von Krankheiten genau kennen, dürfen darüber hinaus aber das prinzipielle «Nicht-heil-Sein» des Menschen nicht vergessen. Der Patient und der Arzt treffen im Sprechzimmer mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Erwartungen aufeinander. Mit einem aus den Klagen und Beschwerden sich formenden Bild der unorganisierten Krankheit macht der Kranke in seiner ganz persönlichen Art dem Arzt ein Angebot, also eine persönliche Mitteilung. Will ein Arzt zu einer tieferen, zu der persönlichen Gesamtdiagnose seines Patienten kommen, so muss er lernen, dessen Sprache, etwa auch die Symbol- und Körpersprache, zu verstehen – Dolmetscher im ärztlichen Gespräch zu werden. Zuhören allein genügt nicht. Das «Hören mit dem dritten Ohr» ist wie das Lesen zwischen den Zeilen: So können wir erfassen und erkennen, was der Patient – oft sehr verschlüsselt – mitteilen möchte.

Oliver Sacks entwickelt eine Analogie zwischen kognitiver Neurologie und Psychologie: «Wir brauchen das Konkrete und Reale ebenso wie er (Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte), und gleich ihm sind wir nicht in der Lage, es zu erkennen. Unsere kognitiven Wissenschaften leiden selbst unter einer Agnosie... die das Urteilende, das Besondere, das Persönliche meidet und sich ganz dem Abstrakten und Berechenbaren zuwendet.» Wir sollen mit andern Worten den Patienten nicht allein über dessen Beschwerden befragen und so zu erkennen geben, was für uns wichtig ist und was nicht. Der Patient beantwortet sonst ausschliesslich vorgegebene Fragen; dadurch kommen möglicherweise gerade jene Aspekte der Krankheit nicht zur Sprache, die ihn am meisten beschäftigen. Es gibt eine kleine Psychosomatik in der Praxis, die für Ärzte aller Fachrichtungen erlernbar ist. (Vgl. B. Luban-Plozza, W. Pöldinger, F. Kröger: «Der psychosomatisch Kranke in der Praxis». Erkenntnisse und Erfahrungen – 5. Auflage, 1989)

Verändernde und heilende Kraft geht auch dann verloren, wenn ein Therapeut seine Energien auf Theorien über den Kranken anwendet, anstatt auf die Person, so wie sie ist, und auf den Prozess, so wie er sich unmittelbar ereignet. Die Kommunikation wird zum Gegenstand gemeinsamer Wirklichkeit. Die vordergründige Frage an jeden Patienten ist: «Warum gerade hier, warum gerade jetzt?» Damit ist die Auslösesituation angesprochen, die das subjektive Erleben massgeblich beeinflusst. Das Vertrauen in die therapeutische Wirkung des Wortes mangelt oft gerade den alten Patienten. Die allgemeine Ablehnung der Psychiatrie und der Psychotherapie ist noch immer sehr gross. Vor allem die alten Kranken verlangen oft die sozial viel höher bewertete und besser akzeptierte Organdiagnose. Gerade bei ihnen gilt es aber, den seelischen Aspekt des Krankseins in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einzubeziehen, die Gleichberechtigung seelischer Leiden neben den physischen anzunehmen. Beim psychosomatischen Zugang genügt fachliches Wissen nicht. Die eigene Person und das psychosoziale Umfeld des Patienten müssen mit berücksichtigt werden. Nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt steht auf dem Prüfstand. Zu denken gibt das Ergebnis vieler wissenschaftlicher Untersuchungen, wonach nur etwa die Hälfte der Patienten die ärztlichen Ratschläge befolgt und nur rund 40 Prozent der Medikamente gemäss ärztlicher Verordnung eingenommen werden. Die Gründe liegen zu einem wesentlichen Teil im ungenügenden Informationsaustausch und in einer gestörten Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Arzt als Arznei – keine Utopie

Im modernen Zeitalter darf eine alte Wahrheit nicht vergessen werden: nämlich die Tatsache, dass zur ärztlichen Hilfeleistung für den Kranken nicht nur naturwissenschaftliches Überlegen und Technik gehören, sondern ebensoher persönliche Anteilnahme am Kranken, persönliche Beziehung und persönliche Einfühlung. Im Schatten der blendenden Fortschritte biologischer Forschung, medizinischer Technik und gezielter Heilmethoden droht die persönliche Beziehung des Arztes zum Kranken vernachlässigt zu werden. Gerade sie aber gilt es zu erforschen, an ihre Bedeutung ist im Gespräch mit Ärzten und Studenten zu erinnern. Denn

Alter und chronische Krankheiten gehören zu den Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Vor allem der Hausarzt kann den Menschen der zweiten Lebenshälfte gezielt auf das hohe Alter vorbereiten, da er ihn und seine Familie in den vorangegangenen Lebensprozessen und -krisen begleitet hat. Wir können dieser Aufgabe nur in der Bereitschaft zum therapeutischen Bündnis gerecht werden, als Ansprechpartner unserer alt gewordenen Patienten, bis in die Bereiche ihres Ausgeliefertseins an Endzeitängste, präsuizidale Bedrohungen und Hoffnungslosigkeit in der Todesnähe. Dies erfordert immer dringlicher die Vorbereitung des Arztes auf den Umgang mit der besonderen Situation des alten Menschen und seiner Phänomenologie. (Vgl. B. Luban-Plozza, Lothar Knaak und Hans D. Dickhaut: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. 4. überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag 1987.)

Neben den alterstypischen Herz-, Kreislauf- und Gefässerkrankungen mit psychophysischer Einengungssymptomatik, Verschleiserkrankungen des Knochenstoffs und stoffwechselbedingten Hautkrankheiten steht die Psychosomatik der Erschöpfung, des Verbrauchtseins im Vordergrund der Erscheinungsbilder. Sie drückt sich aus in verlustbedingter Niedergeschlagenheit, depressiver Stimmungslage und Neigung zu ständigem Klagen. Schon Goethe wusste: «Jeder will alt werden, aber keiner alt sein.» Aus dem Gefühl des Lebensversäumnisses, der Trauer um das verlorene Wir in Partnerschaft und Familie entwickeln sich Verlustängste, aggressive Reizbarkeit, depressives Minderwertigkeitsgefühl. Diese Zustände können zu Grundgestimmtheiten führen, die psychosomatische Störungen der verschiedensten Organsysteme hervorrufen. Erich Fromm diagnostizierte: es ist das Gefühl, nicht gelebt zu haben (ungelebtes Leben), das der Ursache irrationaler Angst vor dem Tode zugrunde liegt.

Balint-Arbeit: Das Tor zur Psychosomatik

Der Kliniker Viktor von Weizsäcker spricht von einer stumm gewordenen Medizin und fordert ihre Rehumanisierung. Laborparameter und Datenerfassung haben in unseren Sprechstunden weithin das Wort als Behandlungsmittel verdrängt. In der erlernten, naturwissenschaftlich orientierten Technik der Anamneseerhebung, die Balint «krankheitsorientiert» nennt, geht es dem befragenden Arzt in erster Linie darum, alle Beschwerden und Daten des Patienten als Signale der somatischen Krankheit zu erfassen und zu werten. Michael Balint (1896-1970), ungarischer Arztsohn, langjähriger Schüler des Psychoanalytikers Ferenczi, stellt diesem krankheitsbezogenen Aspekt den beziehungsbezogenen im Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient gegenüber. Um den ganzen Menschen der späten Jahre zu erfassen – das gilt vor allem für seine Gestik, Stimme und Körpersprache –, bedarf es einer ständigen Übung der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit für die «Bereitschaft der Gebärde». Nach Fromm erreicht der sie Wahrnehmende für ihre persongebundene Bedeutung – wie für die Botschaft der Träume und Wachträume – «ein untrügliches Gefühl», vergleichbar mit dem, das uns sagt, ob ein Ton in einer Melodie oder ein Reim in einem Gedicht stimmt.

Die Teilnahme an einer Balintgruppe ist eine wesentliche Hilfe, um die Beziehungsdynamik zwischen Arzt und Patient zu erlernen und sich Sicherheit anzueignen. Balints Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass der Arzt selbst mit seinen Gefühlen und Reaktionen auf den Patienten ein wichtiges diagnostisches Instrument und damit als «Droge Arzt» eine unaustauschbare Arznei darstellt, die ebenso der «kontrollierenden Arzneimittelprüfung» bedarf.

Das Gespräch als Ereignis

Das ärztliche Gespräch darf nicht zum gegenseitigen Monolog werden. Grundbedingung für sein Gelingen ist die erlernbare Fähigkeit zum Zuhören, auch ohne Ratschläge zu erteilen, bei behutsamer Beherrschung der offenen Fragetechnik als Orientierungshilfe. Dabei ist die Qualität der zur Verfügung gestellten Zeit wichtiger als die Quantität. Der in der Psychodynamik des Ablaufs seelischer Altersprozesse Unerfahrene steht oft ratlos und unvorbereitet vor dem Widerstandphänomen des Schweigens, der verbalen Verweigerung, deren Öffnung nur durch Güte, Geduld und Gelassenheit gelingt.

Auch das Gespür für den Zeitpunkt und den Ort des Gesprächs ist wichtig. Wann habe ich das Gefühl, dass kooperatives, einführendes Anwesensein und -bleiben wichtiger ist als Reden? Gerade die stumme Interaktion mit dem Patienten, die persönliche Hilfe, das «einfache Dabeisein», die Bereitschaft, so lange Partner des Patienten zu sein, wie diese Partnerschaft bestehen kann, erlebt der Kranke als wertvoll: als Beweis seiner Gleichwertigkeit als Mitmensch. Das Gesprächsangebot ist also Aufgabe des Arztes. Der Patient versucht zwar, nonverbal oder auch verbal Ansprüche an den Arzt zu richten, muss sich aber meist unterordnen, den Arzt gewähren lassen. Auch in dieser asymmetrischen Beziehung findet der Patient Hilfe und Schutz, wenn seine Bedürfnisse richtig verstanden werden. Die Haltung des Arztes möge sich an einem Leitsatz von Meister Eckhart orientieren: «Die wichtigste Stunde ist immer die Gegenwart, der bedeutendste Mensch immer der, der dir gerade gegenübersteht, das notwendigste Werk ist immer die Liebe...»